FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE LA CONTRAPARTE — SARLAFT / SICOF

Diligéncielo en línea. El sistema genera este documento con sus datos; usted solo debe imprimirlo y firmarlo.

1. TIPO DE CONTRAPARTE Y CLASE DE VINCULACIÓN			
TIPO DE CONTRAPARTE	PRESTACION DE SERVICIOS	CLASE DE VINCULACIÓN	OPS
MOTIVO	URGENCIAS MEDICO	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	11/11/2026
CIUDAD	VILLA DEL ROSARIO	DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER

2. IDENTIFICACIÓN DE LA CONTRAPARTE — A. PERSONA NATURAL			
NOMBRES Y APELLIDOS	SARA YERITZA JULIO BLANCO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	CC 1093798870
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	LOS PATIOS, 05/05/2017	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	04/15/1999 CUCUTA
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CALLE 1 #11-22 SAN MARTIN	CIUDAD / DEPARTAMENTO	CUCUTA N. SANTANDER
TELÉFONO CELULAR	3156811864	CORREO ELECTRÓNICO	SARAYERITZAJULIO.04@GMAIL.COM
PROFESIÓN U OFICIO	MEDICO GENERAL	ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIIU)	8621

2. IDENTIFICACIÓN DE LA CONTRAPARTE — B. PERSONA JURÍDICA (SOLO SI APLICA)			
RAZÓN SOCIAL		NIT Y DÍGITO DE VERIFICACIÓN	
TIPO DE EMPRESA (PÚBLICA, PRIVADA O MIXTA)		ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIIU)	
DIRECCIÓN DE LA OFICINA PRINCIPAL		CIUDAD / DEPARTAMENTO	
PAÍS DE DOMICILIO		PAÍSES DONDE OPERA	
TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
REPRESENTANTE LEGAL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL		TELÉFONO DEL REPRESENTANTE LEGAL	
REVISOR FISCAL (SI APLICA)		DOCUMENTO Y TARJETA PROFESIONAL	
¿TIENE SUCURSALES? ¿CUÁLES?		SECTOR DE LA ECONOMÍA	

3. PERFIL ECONÓMICO Y ORIGEN DE LOS RECURSOS	
INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS	5.000.000
EGRESOS MENSUALES APROXIMADOS	2.000.000
TOTAL DE ACTIVOS APROXIMADO (si no tiene, escriba 0)	7.000.000
TOTAL DE PASIVOS APROXIMADO (si no tiene, escriba 0)	2.000.000
ORIGEN DE LOS RECURSOS (ocupación, actividad o negocio del que provienen sus ingresos)	MEDICO GENERAL

¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? SÍ / NO. Si respondió SÍ, señale el tipo: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío o recepción de giros, pago de servicios o transferencias, y los países	NO
¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? INDIQUE PRODUCTO, ENTIDAD Y PAÍS	NO
¿POSEE, NEGOCIA O RECIBE PAGOS EN ACTIVOS VIRTUALES (CRIPTOACTIVOS, COMO BITCOIN O MONEDAS ESTABLES), O PRESTA SERVICIOS RELACIONADOS CON ELLOS? SÍ / NO. Si respondió SÍ, indique el tipo de activo y la plataforma o proveedor	NO

4. CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP) — DECRETO 830 DE 2021	
PREGUNTA	**RESPUESTA (SÍ / NO)**
1. ¿Usted desempeña o desempeñó, durante los últimos dos (2) años, un cargo o función pública con responsabilidades de dirección, manejo de recursos públicos, contratación, ordenación del gasto o facultades administrativas o sancionatorias?	. ¿Usted desempeña, o desempeñó en los últimos dos (2) años, un cargo público, maneja o manejó recursos públicos, o goza de poder o reconocimiento público? NO
2. ¿Desempeña, o desempeñó en los últimos dos (2) años, un cargo en un gobierno extranjero o en una organización internacional?	NO
3. ¿Es cónyuge o compañero permanente, o familiar hasta el segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos o nietos), segundo de afinidad (suegros o cuñados) o primero civil (hijos adoptivos), de alguien que esté en las situaciones 1 o 2?	NO
4. ¿Es socio o asociado cercano de alguien que esté en las situaciones 1 o 2?	NO
5. ¿Es sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	NO
6. ¿Es usted servidor público? (Solo persona natural. Es un dato que exige la Superintendencia Nacional de Salud y no lo convierte en PEP.)	NO
Si respondió SÍ a alguna, indique cargo, entidad y periodo: _____	

5. VÍNCULOS CON LA E.S.E.	
PREGUNTA	**RESPUESTA (SÍ / NO)**
1. ¿Tiene usted parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o vínculo de matrimonio o unión permanente, con algún servidor público o contratista de la E.S.E. Hospital Jorge Cristo Sahium?	NO
Si respondió SÍ, indique nombre, cargo o dependencia y clase de parentesco o vínculo: _____	

6. BENEFICIARIO FINAL — SOLO PERSONA JURÍDICA				
NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	% DE PARTICIPACIÓN	¿EJERCE CONTROL EFECTIVO?	¿ES PEP?

Relacione a los socios o accionistas con participación igual o superior al 5 % del capital o de los votos, a quien ejerza el control efectivo aunque no tenga participación, y a los miembros de la junta directiva.

7. DECLARACIONES BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO

7.1 Origen de los recursos. Declaro que mi actividad, profesión u oficio es lícita y se ejerce dentro del marco legal; que los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano; y que los recursos derivados de esta relación contractual no se destinarán a lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad o fraude, ni a grupos o actividades terroristas. La información aquí suministrada es veraz y verificable.

7.2 Inhabilidades, incompatibilidades y conflicto de interés. Declaro que no me encuentro en ninguna de estas situaciones:

- Tengo una sanción disciplinaria, fiscal o penal vigente que me impida contratar con el Estado.
- He sido condenado por delitos contra la administración pública, por lavado de activos o financiación del terrorismo, o por delitos que afecten el patrimonio del Estado.
- Aparezco en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República.
- Estoy reportado como deudor alimentario moroso en el REDAM.
- Fui declarado inhabilitado por incumplir contratos celebrados con entidades públicas.
- Soy servidor público, salvo las excepciones que permite la ley.
- Soy cónyuge, compañero permanente o familiar hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil del Gerente, de los Subgerentes, de los miembros de la Junta Directiva o de quienes intervienen en este proceso de contratación.
- Tengo un conflicto de interés frente a la E.S.E., o un vínculo con servidores públicos o contratistas del Hospital que pueda afectar mi imparcialidad.

Este resumen no reemplaza el régimen completo de inhabilidades e incompatibilidades previsto en la Constitución Política, la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011 y las normas que las modifiquen, que declaro conocer.

7.3 Autorización para consultar y verificar. Autorizo a la E.S.E. Hospital Jorge Cristo Sahium de Villa del Rosario a consultar y verificar mi información —y la de los socios, representantes y administradores cuando se trate de persona jurídica— en listas restrictivas nacionales e internacionales y en las bases de datos de antecedentes disciplinarios, fiscales, judiciales, medidas correctivas, deudores alimentarios morosos, inhabilidades por delitos sexuales contra menores, registro del talento humano en salud y demás fuentes públicas, cuantas veces sea necesario, antes de la vinculación y durante toda la relación contractual, así como a conservar los soportes de esas consultas en el expediente; y a tratar mis datos personales para estos fines conforme a la política institucional de tratamiento de datos.

7.4 Tratamiento y confidencialidad de datos personales. Los datos suministrados en el presente formulario serán tratados por la E.S.E. Hospital Jorge Cristo Sahium de Villa del Rosario para la identificación, conocimiento y debida diligencia de la contraparte, así como para la prevención, detección, monitoreo y control de los riesgos de LA/FT/FPADM y de Corrupción, Opacidad y Fraude (COF), conforme a la normatividad y procedimientos institucionales aplicables.

De acuerdo con el artículo 2, literal b), de la Ley 1581 de 2012, las bases de datos destinadas a la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo se encuentran exceptuadas del régimen general de protección de datos. No obstante, la E.S.E. aplicará los principios de protección de datos, confidencialidad y seguridad de la información que resulten procedentes.

7.5 Actualización e información de cambios. Me comprometo a actualizar esta información como mínimo una vez al año mientras dure el vínculo con la E.S.E., y a informar por escrito, de inmediato, cualquier cambio en los datos o en las declaraciones aquí consignadas, incluida la aparición sobreviniente de una inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés.

7.6 **Terminación del vínculo contractual** Acepto que la E.S.E. podrá suspender, abstenerse de celebrar o terminar unilateralmente la relación contractual cuando la contraparte sea incluida en listas restrictivas o vinculantes para Colombia, resulte condenada por delitos fuente de LA/FT/FPADM o corrupción, presente información falsa, se niegue a suministrar información requerida en los procesos de debida diligencia o represente un riesgo inaceptable para la entidad de conformidad con las políticas SARLAFT y SICOF.

7.7 Pagos y activos virtuales. Entiendo que la E.S.E. no recibe ni realiza pagos en activos virtuales y que todos los pagos derivados del contrato se hacen por transferencia a una cuenta bancaria a nombre de la contraparte.

8. FIRMA	
FIRMA DE LA CONTRAPARTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL Nombre: Sara Zuhobluno Documento: 1093798870	HUELLA (OPCIONAL) *Índice derecho*
ESPACIO PARA LA E.S.E. — RECIBIDO Y VERIFICADO POR	
Nombre: Carolina Figueroa A Documento: 60450363 Cargo o contrato: Apoyo a Contratación	Fecha: ___ / ___ / _____ Firma: _____

La autorización de tratamiento de datos personales consta en el formato independiente que la contraparte entrega junto con su hoja de vida. Los datos recolectados en este formulario se tratan con la finalidad exclusiva de prevenir y controlar los riesgos LA/FT/FPADM y de corrupción, opacidad y fraude, conforme al literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, y se conservan bajo reserva.

Marco normativo: Circulares Externas 009 de 2016 y 20211700000005-5 de 2021 (SARLAFT) y 20211700000004-5 de 2021 (SICOF) de la Superintendencia Nacional de Salud · Manuales SARLAFT y SICOF de la E.S.E. · Decreto 830 de 2021 (PEP) · Ley 610 de 2000, art. 60 · Ley 2097 de 2021 · Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E.

La Empresa Social del Estado – ESE Hospital Jorge Cristo Sahium es una entidad pública prestadora de servicios de salud, cuyo propósito es garantizar la atención integral, segura y de calidad a la comunidad, promoviendo la protección de la información, la confidencialidad de los datos y el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de seguridad de la información.

Toda información administrativa, asistencial, clínica, técnica o estratégica que sea definida como confidencial y/o sensible deberá ser objeto de reserva, con el fin de garantizar su privacidad, integridad y disponibilidad. Lo anterior se realiza en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999, la Ley 1581 de 2012, la Ley 599 de 2000, y demás normas concordantes que regulan la protección de datos personales, la historia clínica y la seguridad de la información en Colombia.

CONSIDERANDO QUE:

Yo, SARA YERITZA JULIO identificado(a) con (tipo de documento) C.C N° 1.093.798.870 expedido en LOS PATIOS, actuando en nombre propio o en representación legal de (en caso de persona jurídica) _____, vinculado(a) a la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium en calidad de CONTRATISTA, quien en adelante se denominará EL COLABORADOR y/o PARTE RECEPTORA de la información.

Manifiesto que entiendo y acepto las condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados con el desarrollo de mis actividades, y reconozco que, para el cumplimiento de las funciones asignadas, la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium debe suministrarme información confidencial, propia o de terceros, en forma verbal, escrita, física o digital, la cual debe ser protegida conforme a lo establecido en el presente Acuerdo.

En virtud de lo anterior, las partes acuerdan lo siguiente:

CLÁUSULAS

PRIMERA. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Para efectos del presente Acuerdo, los términos aquí utilizados deberán entenderse conforme a su significado natural, técnico o jurídico, salvo que expresamente se indique lo contrario:

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:
Se entenderá como toda información no divulgada, almacenada en cualquier medio físico o electrónico, relacionada con datos administrativos, asistenciales, clínicos, técnicos, tecnológicos, financieros, jurídicos, contractuales, estratégicos o de cualquier otra naturaleza, perteneciente a la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium o a terceros, a la cual EL RECEPTOR tenga acceso con ocasión del desarrollo de sus funciones.

Incluye, entre otros, información sobre pacientes, historias clínicas y sus anexos, infraestructura tecnológica, sistemas de información, accesos, bases de datos, documentos institucionales, procedimientos internos, proveedores, contratistas, planes estratégicos, así como cualquier copia, resumen, análisis o derivación de dicha información.

PARTE REVELADORA:
La ESE Hospital Jorge Cristo Sahium, sus directivos, funcionarios, contratistas o representantes autorizados que suministren información en el marco de este Acuerdo.

PARTE RECEPTORA / EL RECEPTOR:
El COLABORADOR que, por razón de su vínculo contractual, legal o funcional, tenga acceso a la información confidencial.

LA ENTIDAD:
La Empresa Social del Estado – ESE Hospital Jorge Cristo Sahium, incluyendo a sus funcionarios, directivos, empleados, contratistas, asesores y demás personas vinculadas directa o indirectamente.

SEGUNDA. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD

EL RECEPTOR se obliga a mantener en estricta confidencialidad toda la información a la que tenga acceso en ejercicio de sus funciones, comprometiéndose a no divulgarla, reproducirla, transferirla o utilizarla para fines distintos a los estrictamente laborales, contractuales o institucionales. La información solo podrá ser revelada por autorización expresa y escrita de la Gerencia de la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium o por requerimiento de autoridad judicial o administrativa competente.

TERCERA. EXCEPCIONES

No se considerará incumplimiento del deber de confidencialidad cuando:

A) La información sea de dominio público sin intervención de EL RECEPTOR
B) La información sea obtenida lícitamente de un tercero autorizado.
C) Exista autorización previa y escrita de LA ENTIDAD.
D) La divulgación sea exigida por autoridad competente, caso en el cual EL RECEPTOR deberá informar de manera inmediata a LA ENTIDAD.

CUARTA. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

CUARTA. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

EL RECEPTOR deberá adoptar todas las medidas necesarias para proteger la información confidencial, aplicando el mismo nivel de diligencia que emplea para proteger su propia información sensible. Se prohíbe expresamente la copia, reproducción o almacenamiento no autorizado de dicha información.

Al finalizar la relación contractual o cuando sea requerido, EL RECEPTOR deberá devolver toda la información y materiales confidenciales en su poder.

QUINTA. DERECHOS DE AUTOR Y PROPIEDAD INTELECTUAL

Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras, desarrollos, documentos, software o materiales elaborados por EL RECEPTOR en ejercicio de sus funciones pertenecerán exclusivamente a la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium, sin perjuicio de los derechos morales de autor conforme a la ley.

SEXTA. DURACIÓN

El deber de confidencialidad se mantendrá vigente durante la relación contractual y aun después de su terminación, mientras la información conserve carácter confidencial o relevancia legal, administrativa o institucional.

SÉPTIMA. SANCIONES

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente Acuerdo dará lugar a la imposición de sanciones disciplinarias, administrativas, civiles o penales a que haya lugar, conforme a la normatividad vigente.

OCTAVA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN

El presente Acuerdo no podrá ser cedido, transferido o delegado sin autorización expresa y escrita de LA ENTIDAD.

NOVENA. LEY APLICABLE

El presente Acuerdo se regirá por las leyes de la República de Colombia.

En constancia, se firma el presente Acuerdo a los ONCE (11) días del mes de NOVIEMBRE del año 2026

Nombre completo: Sara Yentza Tulo Blanco

Tipo y No. de identificación: CC 1093798870

Tipo de vinculación: Contratista

Firma del suscriptor: Sara Tulo

Huella Digital

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la **E.S.E. HOSPITAL LOCAL JORGE CRISTO SAHIUM,** asumo con responsabilidad y compromiso el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales, contribuyendo activamente a su logro y fortalecimiento:

- Adoptar y fomentar los valores y principios de la Entidad, la función administrativa y el Estado, garantizando que las normas éticas guíen el comportamiento y las acciones de todos los colaboradores de la Institución.

- Impulsar en mi equipo de trabajo y en todos los grupos de interés de la entidad una cultura de responsabilidad social, basada en el respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, el enfoque de precaución ante impactos ambientales y la lucha contra la corrupción.

- Conocer y aplicar los lineamientos del Código de Integridad GTH-01-MCA-01 de la **E.S.E. HOSPITAL LOCAL JORGE CRISTO SAHIUM**, comprometiéndome a actuar en coherencia con sus principios y orientaciones, dado su impacto en la conducta institucional.

- Seguir los principios del Código de Integridad, colaborando con mi equipo de trabajo y dirigiendo nuestras acciones hacia la transparencia y la defensa de lo público.

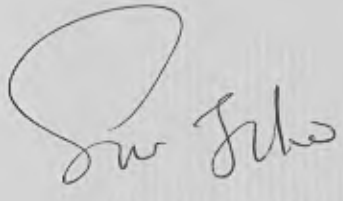
Adicionalmente me comprometo a:
Seguir mejorando cada dia mas mi trabajo y ser más colaboradora con mis compañeros y hacer un mejor trabajo cada día.

Nombres y Apellidos: SARA YERITZA JULIO BLANCO

Documento: 1093798870 LOS PATIOS NS

Cargo: MEDICO

Fecha: 11/11/2026



ACEPTACIÓN DEL USO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS, DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LA ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM.

He leído, comprendido y acepto las disposiciones establecidas de utilizar estos y otros recursos provistos por la Ese hospital Jorge cristo Sahium de manera aceptable y efectiva. en cumplimiento del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información certifico que:

- Entiendo que la violación de las políticas o normas vigentes relacionadas con el uso de recursos tecnológicos o poner en riesgo la información de la ESE, puede dar lugar a acciones disciplinarias o legales.
- Entiendo que no hay ninguna expectativa de intimidad en relación con la utilización de los recursos tecnológicos, o en relación con la información contenida, accedida u obtenida a través de estos recursos o en la realización de sus funciones.
- Entiendo que el personal del Área tecnología de la información del Hospital puede monitorear y fiscalizar en cualquier momento la utilización de los recursos tecnológicos.

Por lo tanto, acepto y me comprometo a adherirme a las condiciones mencionadas, entendiendo que mi firma en este documento confirma mi conocimiento y aceptación de dichas disposiciones.

✓ Aceptado por:

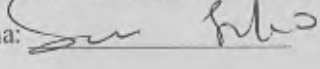
Tipo de vinculación (marcar con una x)

Contratista __X____

Estudiante _____ Institución a la que pertenece: _____

Personal externo ____ motivos de la utilización de los recursos: _____

Nombres y Apellidos: SARA YERITZA JULIO BLANCO

Firma: 

Fecha 11/11/2026

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Julio	Blanco	Sara Yeritza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1093798870	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES 04 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO CUCUTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 1 ESTE 11 22 ESTE calle 1 # 11-22 urbanizacion san martin

PAÍS COLOMBIA DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO CUCUTA

TELÉFONO 3202339946 EMAIL sarayeritzajulio.04@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2015

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	06	2023	1093798870

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ideas medicas	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		codig rojo	11	2026
IDEAS MEDICAS AVANZADAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		PRIMEROS AUXILIOS	10	2026
IDEAS MEDICAS AVANZADAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		HUMANIZACION	10	2026
fundacion campus	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		campus	07	2026
fundacion campus	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		consumo de alcohol	07	2026
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		PAPSIVI	06	2026
FUNDACION	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		POCT	06	2026
CAMPUS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		AGENTES QUIMICOS	06	2026
fundacion campus	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		cancer infantil	06	2026
fundacion	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		hipertension arterial	06	2026

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
MIPG	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		FUNDAMENTOS MIPG	04	2026
EVA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		PLANEACION MIPG	04	2026
EVA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		MODULO 8 MIPG	04	2026
instituto de cancerologia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		cancer prostata	03	2026
instituto de cancerologia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		mamografia	03	2026
ops	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		tabaco	03	2026
ideas medicas avanzadas	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		duelo	03	2026
EVA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		INTEGRIDAD Y TRANSPARENCIA	03	2026
IDEAS MEDICAS AVANZADAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		VIOLENCIA SEXUAL	03	2026
UIAF	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	59	X		UIAF	03	2026
ops	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		dengue	03	2026

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
IDEAS MEDICAS AVANZADAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		SOPORTE VITAL AVANZADO	02	2026
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		VIH	02	2026
instituto d cancerologia	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		cancer de mama	03	2025
ops	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		cancer cervicouterino	03	2025
ideas medicas avanzadas	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	70	X		manejo del dolor	02	2025

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* CUCUTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3156811846	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"					*DIRECCIÓN* CALLE 5N calle 5 N 7-49 barrio centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* CUCUTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5487400973	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	31	*Mes*	03	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL "MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* CUCUTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	12	*Año* 2023	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 85121600 - MEDICO	*DEPENDENCIA* "CONSULTA EXTERNA"					*DIRECCIÓN* calle 6 villa del rosario						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:		*Mes:*		*Año.*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villa del Rosario – Noviembre – 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.093.798.870**

JULIO BLANCO

APELLIDOS

SARA YERITZA

NOMBRES

Sara Yeritza Julio B

FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

15-ABR-1999
FECHA DE NACIMIENTO

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAY-2017 LOS PATIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2505400-00911881-F-1093798870-20170609 0055744087A 1 47960218

Scanned with CamScanner

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

sara yeritza julio blanco

C.C. 1[illegible]

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 1 de abril 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761882324206

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

sara yeritza julio blanco

C.C 1.093.798.870

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 1 de abril 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

sara yeritza julio blanco

C.C. 1.03[illegible]

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 1 de abril 2026

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7618823243181

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

sara yeritza julio blanco

C.C 1.093.798.870

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 13 de marzo 2026

Aura Isabel Mora
Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761882328000

PÚBLICA - ZIMBRA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

UIAF

Unidad de Información y Análisis Financiero

Hace constar que:

sara julio

1093798870

Cumplió con éxito, esfuerzo y dedicación los módulos del E-learning "Sistema ALA/CFT/CFP"

Se expide la presente CONSTANCIA el 04/03/2026

Bogotá, Colombia

Este documento no tiene ninguna validez jurídica, ni da cuenta de quien aprueba este curso se encuentra libre de investigaciones judiciales en curso, o ha sido condenado por delitos de lavado de activos y financiación del terrorismo o por extinción de dominio.

Este documento no tiene ningún efecto frente a las demás autoridades del Estado colombiano ni frente a particulares, más allá de hacer constar que quien supera el curso ha aprobado los temas y cuestionarios incluidos en este módulo.

Scanned with CamScanner



CERTIFICADO

se certifica que

SARA YERITZA JULIO BLANCO

CC 1093798870

aprobó la capacitación

«SARLAFT Y SICOF»

con 100 % - 12 de noviembre de 2026

Con fecha de vencimiento

E.S.E. Hospital
Jorge Cristo Salazar
Villa del Rosario
SALUD CON CALIDEZ

Código de verificación

822099a8c89c2555e1c00054ce4a7633

Escanea el código QR o abre el enlace para comprobar que este certificado es auténtico

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305655365

PIB
09:08:51

Bogotá DC, 30 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SARA YERITZA JULIO BLANCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1093798870:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:09:57 AM horas del 30/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1093798870**

Apellidos y Nombres: **JULIO BLANCO SARA YERITZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/10/2026 09:12:18 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1093798870** y Nombre: **SARA YERITZA JULIO BLANCO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **150629685** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:04:02 horas del 12/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1093798870,** Apellidos y Nombres **JULIO BLANCO SARA YERITZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital jorge cristo sahium**, con NIT **807004631-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

> Portal web DIJIN

> Consulta Antecedentes Judiciales

> Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de octubre de 2026, a las 09:07:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1093798870
Código de Verificación	1093798870261030090759

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO

Certificador Delegado

Generó: WEB

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C109379887000357491
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **SARA YERITZA JULIO BLANCO**, identificado(a) con C.C. No. 1093798870 y T.P. o R.M. No. NO RETHUS del(a) Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el viernes 30 octubre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1093798870 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 30/10/2026 09:31 AM

Código Verificación: **RU592A1EYQ**

Válida hasta: **30/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

REGIONAL NORTE DE SANTANDER

EL CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS

CERTIFICA

Que SARA YERITZA JULIO BLANCO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1093798870 de Los Patios, realizó y aprobó el curso de ATENCION PSICOSOCIAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Cúcuta. a los cinco (5) dias del mes de junio de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

YORGOS JOFFREY RAMIREZ PEREZ
Subdirector (E) CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL NORTE DE SANTANDER

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9537003198163CC1093798870E.

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 141167771882

(415)7707212489984(8020) 000014116777188 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1093798870	5	Impuestos de Cúcuta 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1093798870	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Norte de Santander 54	Los Patios 405

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JULIO	BLANCO	SARA	YERITZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Norte de Santander 54	Cúcuta 001

41. Dirección principal: CL 1 11 22 URB SAN MARTIN

42. Correo electrónico: sarayeritzajulio.04@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3156811846	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8621	2023-02-01							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 20																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2025-03-14 / 09:00:46AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: RODRIGUEZ ESPITIA MARIO ALONSO

985. Cargo: Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS.**

CERTIFICA

Que Sara Yeritza Julio Blanco, identificado(a) con CC número 1093798870, **está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:**

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1093798870
NOMBRES Y APELLIDOS	Sara Yeritza Julio Blanco
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	15/04/1999
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	24/01/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1093798870 SARA YERITZA JULIO BLANCO Desde 01/01/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1093798870 SARA YERITZA JULIO BLANCO Desde 01/03/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1093798870 SARA YERITZA JULIO BLANCO Desde 01/10/2025 Hasta 31/12/2025

Generado por interfaces 12/11/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Scanned with CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SARA YERITZA JULIO BLANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.093.798.870**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 30 de octubre de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que SARA YERITZA JULIO BLANCO identificado(a) con C1093798870 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10937988702630332701

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-11-12 11:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SARA	YERITZA	JULIO	BLANCO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1093798870

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	E.S.E. HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	VILLA DEL ROSARIO

Dirección	["Calle 5 7- 49 Barrio El Centro, Villa del Rosario, N. de S."]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$50.400.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$1.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$51.000.000,00
TOTAL	$102.400.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$5.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Progresando en Salud I.P.S.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

LICENCIA S.O. No. 004893

EXAMEN DE INGRESO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 14/03/2025 **HORA** 10:30:22 — **CUCUTA - N. DE SDER.**



EMPRESA 0000 PARTICULAR

NOMBRE SARA YERITZA JULIO BLANCO

CC : 1093798870 **DE** LOS PATIOS

CARGO CONTRATISTA

DIRECCION CALLE 1 #11-22 URBANIZACION SAN MARTIN

TELEFONO 3156811846 **EDAD** 25 **GENERO** F **RH** O+

A.F.P. PORVENIR **A.R.L.** OTRO **E.P.S.** SANITAS

EXAMENES MEDICOS : EXAMEN PSICOFÍSICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, PRUEBAS DE COORDINACIÓN, EXPLORACIÓN DIRIGIDA POR MANIOBRAS INDIVIDUALES DE CADA EXTREMIDAD Y DE CADA MÚSCULO (CUELLO, HOMBROS, MUÑECA, MANOS, TRONCO, CADERA, RODILLA, TOBILLO, PIES) PRUEBA PARA TÚNEL DEL CARPO, PRUEBA PARA TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBRO, PRUEBAS DINÁMICAS DE COLUMNA. EXPLORACIÓN DE ARCOS DE MOVILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, EXPLORACIÓN DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES, EXPLORACIÓN DE HERNIAS.

AUDIOMETRIA	NO	**EXAMEN DE VOZ**	NO	**OPTOMETRIA**	NO	**VISIOMETRIA**	NO	**ESPIROMETRIA**	NO
PSICOLOGIA	NO	**RX TORAX**	NO	**RX COLUMNA**	NO	**ELECTROCARDIOGRAMA**	NO		

LABORATORIO :

OTROS EXAMENES :

CONCEPTO DE APTITUD : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES : IMPLEMENTE ADECUADA HIGIENE POSTURAL. REALICE PAUSAS ACTIVAS COMPENSADORAS; USE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN SU CARGO; USAR LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES; CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL. REALICE CAPACITACIÓN EN RIESGOS Y PELIGROS ASOCIADOS A SU LABOR. CUMPLA PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA; FOMENTE EL AUTOCUIDADO Y ESTABLEZCA HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES.

INGRESA AL SVE Visual

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Certifico que toda la información suministrada en este documento es verdadera y no oculte información sobre mi estado de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo presentados antes de este examen.
Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

RUBY LOZADA

Sara Julio

RUBY LORENA LOZADA MUÑOZ
MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG. MEDICO 1030643060 LICENCIA S.O. 1359

SARA YERITZA JULIO BLANCO
CC : 1093798870

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964 4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SARA YERITZA JULIO BLANCO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.093.798.870 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 303483283, abierta/o desde el 18/12/2023.

Se expide en Bogotá el día 11 del mes de Noviembre del año 2026 con destino a: Hospital Jorge Cristo sahium

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1093798870

Primer Nombre

sara

Primer Apellido

julio

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6863

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-30→9:27:10 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1093798870	SARA	YERITZA	JULIO	BLANCO	Vigente	V

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) SARA YERITZA JULIO BLANCO identificado(a) con CC 1093798870 registra La siguiente información:

2026-10-30→9:27:10 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2025-02-28	136737	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo	Tipo	Lugar Prestación	Fecha	Fecha	Modalidad	Programa

Prestacion	Lugar Prestación		Inicio	Fin	Prestacion	Prestacion
Presto SSO	Local	COLOMBIA|NORTE DE SANTANDER|VILLA DEL ROSARIO	2023-12-17	2024-12-16	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

SARA YERITZA JULIO BLANCO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.093.798.870

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE CUCUTA A LOS 6 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
PARA VALIDACION DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCIÓN **321 405 9506.**

CAMPUS
FUNDACION EDUCATIVA

CERTISALUD
EDUCACION VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

SARA YERITZA JULIO BLANCO

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1093798870
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-03.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	FREYNER LEÓN 1069736330	SHEYLA MOTTA 1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

SARA YERITZA JULIO BLANCO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.093.798.870

Asistió al Curso de:

GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE SALUD (GDS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE CUCUTA A LOS 5 DÍAS DEL MES DE MARZO DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO **ACADEMICO@IMAVSS.COM** O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCIÓN **321 405 9500.**

UNIMEDICARES

CAPACITACIÓN INTELIGENTE EN SALUD

En cumplimiento al Decreto 1075 de 2015. Art.: 2.6.6.8 Educación Informal

HACE CONSTAR QUE:

SARA YERITZA JULIO BLANCO

CC 1.093.798.870 Expedida en PATIOS (N. DE SANTANDER)

REALIZÓ Y APROBÓ EL

CURSO CUIDADO DEL DONANTE Y DEL PACIENTE CON TRASPLANTE ÓRGANOS SÓLIDOS Y TEJIDOS

CON UN TOTAL DE 40 HORAS.

FECHA DE EMISIÓN: 23/12/2025

FECHA DE VENCIMIENTO: 23/12/2027

YULIANA ARTUNDUAGA
Gerente General

VERIFICACIÓN

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el correo Unimedicares.sas@gmail.com

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

SARA YERITZA JULIO BLANCO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.093.798.870

Asistió al Curso de:

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE CÚCUTA A LOS 29 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL *2026.

Carlos Andrés Losada Mehaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 229 DE 1994 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL; MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL; DECRETO 1075 DEL 2015; RESOLUCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO: ACADEMICO@IDEASMEDICASENSALUD.COM O COMUNICARSE A NUESTRO LÍNEA DE ATENCIÓN 312 495 9049.

https://openwho.org

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

sara julio

ha participado y aprobado el *Curso Virtual*

Precauciones básicas: Higiene de manos (COVID-19)

(versión en español) revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Gracias a la sede el Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 de diciembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://openwho.org mediante la verificación del código QR o el número de identificación de la actividad.

Verificado con CamScanner

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

SARA YERITZA JULIO BLANCO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.093.798.870

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE CÚCUTA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2026.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Mehaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 229 DE 1994 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL; DECRETO 1075 DEL 2015; RESOLUCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO: ACADEMICO@IDEASMEDICASENSALUD.COM O COMUNICARSE A NUESTRO LÍNEA DE ATENCIÓN 312 495 9049.

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

sara julio

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Trato materno y neonatal respetuoso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 35 - Porcentaje de aprobación: 88,31 %

22 de diciembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA
Acercando el conocimiento a la práctica

**La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=8F96E6fb-32cf-4b4b-a0ad-72acefc133b8*

Verificado con CamScanner

https://campus.paho.org

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

sara julio

ha participado y aprobado el Curso

Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPEO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 8 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

22 de diciembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

CLAP
Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva

hrp
research for impact

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=e47ad53c-dfc8-40d2-93c8-264367a2bb22

Scanned with CamScanner

67d3c4ff-1950-4ab9-81d1-1bc7ac1f53d3

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

sara julio

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

1 de marzo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=67d3c4ff-1950-4ab9-81d1-1bc7ac1f53d3

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4603501547

PÓLIZA No: 460 -89 - 994000005156 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDICORA: CUCUTA QUINTA VELEZ — COD. AGE. 460 — RAMO: 89 — PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
FECHA DE EXPEDICIÓN	11	04	2026		
VIGENCIA DE LA PÓLIZA — VIGENCIA DESDE	11	04	2026	23:59	
VIGENCIA HASTA	11	04	2027	23:59	365
FECHA DE IMPRESIÓN	11	04	2026		

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DESDE	11	04	2026	23:59	
VIGENCIA HASTA	11	04	2027	23:59	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SARA YERITZA JULIO BLANCO — IDENTIFICACIÓN: CC 1093.798.870
DIRECCIÓN: CALLE 1 # 11-22 URBANIZACION SAN MARTIN — CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER — TELÉFONO: 3156811846

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: SARA YERITZA JULIO BLANCO — IDENTIFICACIÓN: CC 1093.798.870
DIRECCIÓN: CALLE 1 # 11-22 URBANIZACION SAN MARTIN — CIUDAD: CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER — TELÉFONO: 3156811846
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER CIUDAD: CÚCUTA

DIRECCION: CALLE 1 #11 - 22

ACTIVIDAD: MEDICO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	500,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	500,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	50,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***500,000,000.00	$ **********423,250	$****15,000.00	$ *******83,268	$ **********521,517

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JAIME CARO VILLAMIZAR	7367	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/#/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000460350154

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

JAICARO 0

CADE207B0A0FFD7B5B

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgebogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/recursos/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CAMPUS FUNDACION EDUCATIVA

CERTISALUD EDUCACIÓN VIRTUAL EN SALUD

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

SARA YERITZA JULIO BLANCO

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1093798870

Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCIÓN (POINT OF CARE TESTING- (POCT) (BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-03.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9d33257-9019-44d8-b854-a95c2ddb703

Nombres y apellidos / Full name: **SARA YERITZA JULIO BLANCO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 3 7 9 8 8 7 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **15/04/1999**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3224761864**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Tercera	07	06	2018		221501516A	CUCUTA IPS SAN RAFAEL	MAGALY ESTHER RODRIGUEZ BARRIE
COVID PFIZER	Primera	13	04	2021	PFIZER	ER9449	CUCUTA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MECIZ	MARIA ALEXANDRA DELGADO ORTIZ
COVID PFIZER	Segunda	04	05	2021	PFIZER	ET6924	CUCUTA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MECIZ	MARIA ALEXANDRA DELGADO ORTIZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	12	06	2024	Green Cross	V50524001	ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO	SANDRA BALAGUERA GUALDRON
Fiebre Amarilla	Única	04	07	2025	Sanofi Pasteur	Y3D19	ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO	CAROLINA CARREÑO - CC54874009 - INACTIVO
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	26	09	2025		AHAVC164AJ	CUCUTA IPS VACUNORTE S.A.S.	EMMA MILENA RINCON RANGEL
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	26	09	2025		B202408013	CUCUTA IPS VACUNORTE S.A.S.	EMMA MILENA RINCON RANGEL
Triple Viral Particular	Primera	26	09	2025		A69CF848A	CUCUTA IPS VACUNORTE S.A.S.	EMMA MILENA RINCON RANGEL
Triple Viral Particular	Primera	26	09	2025		A69CF848A	CUCUTA IPS VACUNORTE S.A.S.	EMMA MILENA RINCON RANGEL
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	26	09	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO	SANDRA BALAGUERA GUALDRON - CC60412422 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	26	09	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO	SANDRA BALAGUERA GUALDRON - CC60412422 - ACTIVO
TD Adulto	Cuarta	06	12	2025	Serum	2334L008A	ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO	SANDRA BALAGUERA GUALDRON - CC60412422 - ACTIVO
Meningococo Tetravalente ACWY Particular	Primera	06	12	2025		U8315AB	CUCUTA IPS VACUNORTE S.A.S.	MAYITH YULANI ARENAS BAYONA - CC1093770604 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	06	12	2025		B202408013	CUCUTA IPS VACUNORTE S.A.S.	MAYITH YULANI ARENAS BAYONA - CC1093770604 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9d332f37-8015-44d4-b654-a8fe20a8c703

Nombres y apellidos / Full name: **SARA YERITZA JULIO BLANCO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 3 7 9 8 8 7 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **15/04/1999**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3224761864**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Hepatitis A Adultos Particular	Segunda	06	12	2025		Y3J38D3	CUCUTA IPS VACUNORTE S.A.S.	MAYITH YULANI ARENAS BAYONA - CC1093770604 - ACTIVO
Meningococo Grupos B Y C Particular	Primera	29	12	2025		4CA8061	CUCUTA IPS LOS OLIVOS	CAMILA ANDREA SANTANA - ACTIVO
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	29	12	2025		120C5062	CUCUTA IPS LOS OLIVOS	CAMILA ANDREA SANTANA - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	06	10	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526006	ESE HOSPITAL LOCAL VILLA DEL ROSARIO	SANDRA BALAGUERA GUALDRON - CC60412422 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Nit. 88227663-9

00257982

LABORATORIO CLINICO GARCIA BELTRAN

Wilmer José García Calderón - Bacteriólogo
Avenida 1 No. 15-43 Cons. 711. Centro Medico de Especialistas JERICÓ - Cúcuta
Tel: (607) 5943077 - 3125960586 - 3104086041
gb.lab@hotmail.com - www.gblab.com.co

Fecha: 06/12/2025 2:18 p. m. SEDE: Principal

Paciente: SARA YERITZA JULIO BLANCO
Edad: 16 A **Sexo:** F **Identificación:** 1093798870
Teléfonos:
Empresa: Vacunorte IPS SAS

Recepción: 257982 **Sala:** N/A
Fecha rcp: 06/12/2025 11:13:02 a. m.
Médico : N/ A

	Resultado	Valores de referencia
Inmunologia		
1 **Varicela Zoster Virus, Anticuerpos IgG (VZV-G)**		
Varicela - Herpes Zoster Virus: Anticuerpos Ig G	11.4	
Interpretación	Positivo	
Tecnica	Microelisa	

```
Positivo:      > 11
Indeterminado: 9-11
Negativo       < 9

Cutoff: 0.644
```

Wilmer José García Calderón

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 17 de noviembre de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que SARA YERITZA JULIO BLANCO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1093798870 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 14/11/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

ESE HOSPITAL LOCAL JORGE CRISTO SAHIUM
N 8 0 7 0 0 4 6 3 1

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C881886132632130082

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/11/2026 8.21 AM

Dirección IP: 181.57.222.131, 198.143.52.8, 172.16.42.57